# 填空题

1.《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》（国办发〔2021〕43号）中基本医疗保险转移接续的适用对象职工医保制度内转移接续、居民医保制度内转移接续、职工医保和居民医保（ ）转移接续。

**答案：**跨制度

**依据：**《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》（国办发〔2021〕43号）

2. 根据《社会保险法》规定，个人跨统筹区就业，基本医疗保险跟随本人发生转移，缴费年限（ ）。

**答案：**累计计算

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

3.根据《社会保险法》规定，参加城乡居民基本医疗保险的人员，在个人缴费的基础上享有（ ）。

**答案：**财政补贴

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

4.根据《社会保险法》规定，职工应当参加生育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，个人（ ）。

**答案：**不缴纳

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

5.根据《社会保险法》规定，职工应当参加职工基本医疗保险，由（ ）和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。

**答案：**用人单位

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

6.根据《社会保险法》规定，医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由（ ）先行支付。

**答案：**基本医疗保险基金

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

7.按照《社会保险法》规定享受最低生活保障的人、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等所需个人缴费部分，由（ ）给予补贴。

**答案：**政府

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

8.《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）规定，全国清单“六统一”是指统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、（ ） 。

**答案：**统一服务标准

**依据：**《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）

9.国家医疗保障局第1号令《基本医疗保险用药管理暂行办法》规定，协议期内谈判药品纳入（ ）管理。

**答案：**乙类药品

**依据：**《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局第1号令）

10.《国家医疗保障局关于坚持传统服务方式与智能化服务创新并行优化医疗保障服务工作的实施意见》（医保发〔2020〕54号）规定，推动定点医药机构对使用（ ）及身份证等介质的接入改造，鼓励在就医场景中应用人脸识别等技术。

**答案：**医保电子凭证

**依据：**《国家医疗保障局关于坚持传统服务方式与智能化服务创新并行优化医疗保障服务工作的实施意见》（医保发〔2020〕54号）

11.《国家医疗保障局关于推进医保政务服务“好差评”制度建设的指导意见》（医保发〔2020〕31号）规定，实现各省(自治区、直辖市)省内医保政务服务同一事项的名称、编码、（ ）、类型等基本要素统一。

**答案：**依据

**依据：**《国家医疗保障局关于推进医保政务服务“好差评”制度建设的指导意见》（医保发〔2020〕31号）

12.《国家医保局财政部国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）规定，参保人已连续2年含2年 以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过（ ）个月的，缴费后即可正常享受待遇。

**答案：**3

**依据：**《国家医保局财政部国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）

13.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地就医费用医保基金支付部分在地区间实行先预付（ ）。

**答案：**后清算

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

14.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，预付金在就医地财政专户中产生的利息归（ ）所有。

**答案：**就医地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

15.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、（ ）。

**答案：**分级负责

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

16.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、（ ）政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。

**答案：**参保地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

17.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、（ ）、常驻异地工作人员等长期在参保省外工作、居住、生活的人员。

**答案：**异地长期居住人员

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

18.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员，包括（ ）就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

**答案：**异地转诊

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

19.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于（ ）个月。

**答案：**6

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

20.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案（ ）有效。

**答案：**长期

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

21.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在（ ）个工作日内办结。

**答案：**两

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

22.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员办理登记备案后，参保地可设置变更或取消备案的时限，原则上不超过（ ）个月。

**答案：**6

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

23.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，参保地医保部门对一次性跨省住院医疗总费用超过（ ）万元的疑似违规费用，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。

**答案：**3（含3万元）

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

24.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，原则上，当月跨省异地就医直接结算费用应于次月（ ）日前完成申报并纳入清算。

**答案：**20

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

25.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员备案有效期内可在就医地（ ）次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

**答案：**多

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

26.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，参保人员跨省（ ）前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。

**答案：**出院结算

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

27.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，国家跨省异地就医管理子系统每月26日零时生成上月26日至当月25日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表，就医地医保部门接到本期汇总表后，原则上需于次月（ ）日前完成本期费用协查工作。

**答案：**26

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

28.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在（ ）个工作日内回复。

**答案：**2

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

29.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定， 参保人员异地就医备案后，因结算网络系统等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按（ ）规定为参保人员报销相关医疗费用。

**答案：**参保地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

30.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以（ ）日期为结算时点。

**答案：**出院结算

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

31.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，原则上，参保省应每日完成当日结算信息对账，每月（ ）日前完成上月所有结算费用的对账。

**答案：**3

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

32.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地转诊人员支付比例的降幅不超过（ ）个百分点。

**答案：**10

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

33.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，各级医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，超过（ ）个工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。

**答案：**10

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

34.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，原则上，当月跨省异地就医直接结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过（ ）个月。

**答案：**2

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

35.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中系统故障类问题需在（ ）个工作日内回复。

**答案：**1

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

36.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应按（ ）结算。

**答案：**一笔费用整体

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

37.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅不超过（ ）个百分点。

**答案：**20

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

38.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行（ ）规定的本地就医时的标准。

**答案：**参保地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

39.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上（ ）参保地跨省转诊转院待遇水平。

**答案：**不低于

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

40.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过（ ）个百分点。

**答案：**10

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

41.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定， 各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中其他类问题回复时间最长不超过（ ）个工作日。

**答案：**10

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

42.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行（ ）跨省转诊转院待遇政策。

**答案：**参保地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

43.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为（ ）统一的大类费用信息。

**答案：**全国

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

44.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，每年1月底前，国家级经办机构原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的（ ）倍核定年度预付金额度。

**答案：**两

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

45.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，预付金使用率达到70%，为 （ ）预警。

**答案：**黄色

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

46.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，预付金使用率达到90%及以上时，为（ ）预警。

**答案：**红色

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

47.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第（ ）季度清算完毕。

**答案：**一

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

48.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，参保地医保部门收到就医地医保部门返回的费用协查结果后，（ ）个工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。

**答案：**5

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

49.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，就医地经办机构在次月（ ）日前完成与定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

**答案：**20

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

50.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，2025年底前，住院费用跨省直接结算率提高到（ ）以上。

**答案：**70%

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

51.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保（ ）报销。

**答案：**手工

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

52.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，符合就医地管理规定的（ ）外伤费用可纳入跨省异地就医直接结算范围。

**答案：**无第三方责任

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

53.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回（ ）账户。

**答案：**参保地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

54.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，就医地经办机构按要求在国家跨省异地就医管理子系统中做好跨省联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息（ ）工作。

**答案：**动态维护

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

55.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通跨省联网结算服务，享受（ ）医保政策、管理和服务。

**答案：**同样

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

56.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载预付金额度调整付款通知书，应于（ ）工作日内提交同级财政部门。

**答案：**5个

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

57.国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，原则上各省应于每年（ ）月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

**答案：**2

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

58.国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行（ ）规定。

**答案：**就医地

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

59.国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）规定，探索跨省异地就医手工报销（ ）办理。

**答案：**线上

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

60.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，明确内部控制工作标准及要求，实现经办全流程标准化和规范化管理，属于内部控制中的（ ）原则。

**答案：**规范性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

61.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，在上下级和内设部门之间形成科学合理的内部控制决策、执行和监督机制,确保内部控制有效执行，属于内部控制中的（ ）原则。

**答案：**有效性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

62.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办理（ ）业务时，有条件的地区可利用与其他部门的信息共享平台，核对用人单位注册登记信息。

**答案：**参保登记

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

63.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内控评估工作采取本级自评、上一级考评的形式进行，市级经办机构每年至少检查评估1/3以上的县（区）级经办机构，原则上每（ ）年为一个全面评估周期。

**答案：**3

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

64.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）文件中所称内部控制是指各级医疗保障经办机构通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及其行为进行（ ）、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制。

**答案：**规范

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

65.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）文件中所称内部控制是指各级医疗保障经办机构通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及其行为进行规范、（ ）和评价，实现对机构内部运行风险的控制。

**答案：**监督

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

66.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）文件中所称内部控制是指各级医疗保障经办机构通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及其行为进行规范、监督和（ ），实现对机构内部运行风险的控制。

**答案：**评价

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

67.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制主要包括（ ）控制 、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内控监督检查等。

**答案：**组织机构

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

68.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制主要包括组织机构控制、（ ）控制 、基金财务控制、信息系统控制和内控监督检查等。

**答案：**业务运行

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

69.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、（ ）控制、信息系统控制和内控监督检查等。

**答案：**基金财务

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

70.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、（ ）控制和内控监督检查等。

**答案：**信息系统

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

71.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内控（ ） 等。

**答案：**监督检查

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

72.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的（ ）、监督和检查。

**答案：**指导

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

73.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的指导、（ ）和检查。

**答案：**监督

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

74.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的指导、监督和（ ）。

**答案：**检查

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

75.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应建立（ ）、管理科学、监控有效、考评严格的内部控制体系。

**答案：**运行规范

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

76.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应建立运行规范、（ ）、监控有效、考评严格的内部控制体系。

**答案：**管理科学

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

77.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应建立运行规范、管理科学、（ ）、考评严格的内部控制体系。

**答案：**监控有效

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

78.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应建立运行规范、管理科学、监控有效、（ ）的内部控制体系。

**答案：**考评严格

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

79.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制原则包括（ ）、全面性、规范性、有效性、制衡性。

**答案：**合法性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

80.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制原则包括合法性、（ ）、规范性、有效性、制衡性。

**答案：**全面性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

81.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制原则包括合法性、全面性、（ ）、有效性、制衡性。

**答案：**规范性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

82.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制原则包括合法性、全面性、规范性、（ ）、制衡性。

**答案：**有效性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

83.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制原则包括合法性、全面性、规范性、有效性、（ ）。

**答案：**制衡性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

84.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的原则里的合法性指内部控制各项内容应符合国家（ ）和医疗保障政策规章的相关要求。

**答案：**法律法规

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

85.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的原则里的合法性指内部控制各项内容应符合国家法律法规和医疗保障 的相关要求。

**答案：**政策规章

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

86.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有（ ）、所有岗位、所有人员，涵盖全部经办事项、操作环节和经办过程。

**答案：**部门

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

87.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有部门、所有（ ）、所有人员，涵盖全部经办事项、操作环节和经办过程。

**答案：**岗位

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

88.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有部门、所有岗位、所有（ ），涵盖全部经办事项、操作环节和经办过程。

**答案：**人员

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

89.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有部门、所有岗位、所有人员，涵盖全部（ ）、操作环节和经办过程。

**答案：**经办事项

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

90.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有部门、所有岗位、所有人员，涵盖全部经办事项、 （ ）和经办过程。

**答案：**操作环节

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

91.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制全面性原则指内部控制应覆盖所有部门、所有岗位、所有人员，涵盖全部经办事项、操作环节和（ ）。

**答案：**经办过程

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

92.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的制衡性原则指互有联系的各（ ）、各岗位、各环节应权责分明、相互制约。

**答案：**部门

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

93.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的制衡性原则指互有联系的各部门、各（ ）、各环节应权责分明、相互制约。

**答案：**岗位

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

94.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的制衡性原则指互有联系的各部门、各岗位、各（ ）应权责分明、相互制约。

**答案：**环节

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

95.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的制衡性原则指互有联系的各部门、各岗位、各环节应（ ）、相互制约。

**答案：**权责分明

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

96.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制的制衡性原则指互有联系的各部门、各岗位、各环节应权责分明、（ ）。

**答案：**相互制约

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

97.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制方法包括（ ）、管理控制、技术控制。

**答案：**制度控制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

98.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制方法包括制度控制、（ ）、技术控制。

**答案：**管理控制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

99.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内部控制方法包括制度控制、管理控制、（ ）。

**答案：**技术控制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

100.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构要明确各部门职能职责，构建相互（ ）、相互监督的组织体系。

**答案：**制衡

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

101.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构要明确各部门职能职责，构建相互制衡、相互（ ）的组织体系。

**答案：**监督

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

102.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应严格按照（ ）则设置岗位。

**答案：**制衡性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

103.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应制定落实（ ）、不相容职责岗位分离制和重要岗位定期轮换制。

**答案：**岗位责任制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

104.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应制定落实岗位责任制、不相容职责岗位（ ）和重要岗位定期轮换制。

**答案：**分离制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

105.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应制定落实岗位责任制、不相容职责岗位分离制和重要岗位（ ）。

**答案：**定期轮换制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

106.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办审核环节需严格核查提交材料的（ ）、完整性和有效性。

**答案：**真实性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

107.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办审核环节需严格核查提交材料的真实性、（ ）和有效性。

**答案：**完整性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

108.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办审核环节需严格核查提交材料的真实性、完整性和（ ）。

**答案：**有效性

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

109.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办理缴费基数临时代核应重点审核参保单位的基数（ ）、缴费工资明细、参保人数以及变动情况。

**答案：**申报表

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

110.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办理缴费基数临时代核应重点审核参保单位的基数申报表、（ ）明细、参保人数以及变动情况。

**答案：**缴费工资

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

111.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办理缴费基数临时代核应重点审核参保单位的基数申报表、缴费工资明细、（ ）以及变动情况。

**答案：**参保人数

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

112.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障（ ）、政策规章、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传，对部门职能、岗位职责等进行公示。

**答案：**法律法规

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

113.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、（ ）、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传，对部门职能、岗位职责等进行公示。

**答案：**政策规章

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

114.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、政策规章、（ ）清单、业务流程等进行公开宣传，对部门职能、岗位职责等进行公示。

**答案：**经办事项

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

115.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、政策规章、经办事项清单、（ ）等进行公开宣传，对部门职能、岗位职责等进行公示。

**答案：**业务流程

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

116.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、政策规章、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传，对（ ）、岗位职责等进行公示。

**答案：**部门职能

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

117.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、政策规章、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传，对部门职能、（ ）等进行公示。

**答案：**岗位职责

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

118.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，对医疗保障法律法规、政策规章、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传，对部门职能、岗位职责等进行（ ）。

**答案：**公示

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

119.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务（ ）机制、评价机制和考核标准，并进行随机或定期抽查、考核。

**答案：**准入退出

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

120.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务准入退出机制、（ ） 和考核标准，并进行随机或定期抽查、考核。

**答案：**评价机制

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

121.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务准入退出机制、评价机制和（ ），并进行随机或定期抽查、考核。

**答案：**考核标准

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

122.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案 、保管期限、查询借阅、鉴定销毁等要求。

**答案：**归档范围

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

123.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、（ ）、查询借阅、鉴定销毁等要求。

**答案：**保管期限

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

124.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、保管期限、（ ）、鉴定销毁等要求。

**答案：查询借阅**

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

125.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、保管期限、查询借阅、（ ）等要求。

**答案：**鉴定销毁

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

126.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化经办权限管理，按照不相容岗位（ ）和分级管理和授权审批制原则，开通和分配信息系统经办权限，定期对权限使用情况进行检查，确保权责相符。

**答案：**分离制约

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

127.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化经办权限管理，按照不相容岗位分离制约和（ ）和授权审批制原则，开通和分配信息系统经办权限，定期对权限使用情况进行检查，确保权责相符。

**答案：**分级管理

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

128.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化经办权限管理，按照不相容岗位分离制约和分级管理和 （ ）制原则，开通和分配信息系统经办权限，定期对权限使用情况进行检查，确保权责相符。

**答案：**授权审批

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

129.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化数据应用管理，按照《国家医疗保障局数据安全管理办法》要求，结合业务经办需求，明确专人对信息系统数据进行 （ ）、分析、预警，异常数据应及时反馈修正，重大事项应向相关负责人汇报。

**答案：**统计

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

130.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化数据应用管理，按照《国家医疗保障局数据安全管理办法》要求，结合业务经办需求，明确专人对信息系统数据进行统计、（ ）、预警，异常数据应及时反馈修正，重大事项应向相关负责人汇报。

**答案：**分析

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

131.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化数据应用管理，按照《国家医疗保障局数据安全管理办法》要求，结合业务经办需求，明确专人对信息系统数据进行统计、分析、（ ），异常数据应及时反馈修正，重大事项应向相关负责人汇报。

**答案：**预警

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）

132.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化操作规范管理，业务处理要具有可（ ）和可追溯性，定期对系统的操作记录及使用日志进行检查。

**答案：**可复核

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）

133.《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）规定，各级经办机构应强化操作规范管理，业务处理要具有可复核性和（ ）性，定期对系统的操作记录及使用日志进行检查。

**答案：**可追溯

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发<医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）>的通知》（医保办函〔2021〕20号）

134.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，参保人员涉嫌骗取医保基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构（ ）医疗费用联网结算。

**答案：**暂停

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

135.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医疗机构有重复收费、超标准收费、分解项目收费的情形，拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

**答案：**6

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

136.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障（ ）应当符合国家规定的支付范围。

**答案：**基金使用

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

137.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障经办机构应当及时向（ ）公布签订服务协议的定点医药机构名单。

**答案：**社会

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

138.根据《中华人民共和国（ ）》和其他有关法律规定，制定的《医疗保障基金使用监督管理条例》。

**答案：**社会保险法

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

139.《医疗保障基金使用监督管理条例》适用于中华人民共和国境内（ ）（含生育保险）基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。

**答案：**基本医疗保险

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

140.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，县级以上地方人民政府 医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障（ ）监督管理工作。

**答案：**基金使用

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

141.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的，（ ）违法所得，对有关责任人员依法给予处分。

**答案：**没收

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

142.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，退回的基金退回原医疗保障基金（ ）。

**答案：**财政专户

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

143.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于（ ）人，并且应当出示执法证件。

**答案：**2

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

144.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门应当（ ）向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**答案：**定期

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

145.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，（ ）、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安 等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

**答案：**医疗保障

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

146.定点医药机构违反《医疗保障基金使用监管条例》，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其（ ）或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动，由有关部门依法给予处分。

**答案：**法定代表人

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

147.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用监督管理实行（ ）、社会监督、行业自律和个人守信相结合。

**答案：**政府监管

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

148.《医疗保障基金使用监管条例》规定，定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时（ ）医疗保障基金使用不规范的行为。

**答案：**纠正

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

149.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金支付范围由国务院（ ） 行政部门依法组织制定。

**答案：**医疗保障

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

150.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医疗机构有重复收费、超标准收费、分解项目收费的情形，拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上（ ）年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

**答案：**1

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

151.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用应当符合（ ）规定的支付范围。

**答案：**国家

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

152.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用应当符合国家规定的（ ）。

**答案：**支付范围

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

153.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订（ ）的定点医药机构名单。

**答案：**服务协议

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

154.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，（ ）级以上地方人民政府 医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。

**答案：**县

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

155.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关（ ）依法给予处分 。

**答案：**责任人员

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

156.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关责任人员依法给予 。

**答案：**处分

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

157.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，退回的基金退回（ ）医疗保障基金财政专户。

**答案：**原

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

158.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示（ ）。

**答案：**执法证件

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

159.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门应当定期向社会（ ） 医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**答案：**公布

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

160.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查（ ），加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**答案：**结果

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

161.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受 （ ） 监督。

**答案：**社会

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

162.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障、（ ）、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安 等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

**答案：**卫生健康

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

163.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、（ ）、公安 等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

**答案：**审计

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

164.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、（ ）、审计、公安 等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

**答案：**财政

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

165.定点医药机构违反《医疗保障基金使用监管条例》，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人（ ）年内禁止从事定点医药机构管理活动，由有关部门依法给予处分。

**答案：**5

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

166.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、（ ）、行业自律和个人守信相结合。

**答案：**社会监督

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

167.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、（ ）和个人守信相结合。

**答案：**行业自律

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

168.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、行业自律和（ ）相结合。

**答案：**个人守信

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

169.《医疗保障基金使用监管条例》规定，定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的 。

**答案：**行为

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

170.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构违反（ ）的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议。

**答案：**服务协议

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

171.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以（ ）其履行服务协议。

**答案：**督促

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》 国务院令第735号

172.单位参保登记办理时限是不超过（ ）个工作日内办结。

**答案：**5

依据：《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

173.职工参保登记办理时限是不超过（ ）个工作日内办结。

**答案：**5

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

174.城乡居民参保登记办理时限是（ ）。

**答案：**即时办结

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

175.城乡居民参保登记经办日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

176.职工参保信息变更登记办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

177.职工参保信息变更登记办结时限是（ ）。

**答案：**即时办结

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

178.城乡居民参保信息变更登记办结时限是（ ）。

**答案：**即时办结

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

179.城乡居民参保信息变更登记办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

180.基本医疗保险个人账户一次性支取办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

181.基本医疗保险个人账户一次性支取办结时限是不超过（ ）个工作日内办结。

**答案：**15

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

182.门急诊费用手工（零星）报销办理时限是不超过（ ）个工作日

**答案：**30

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

183.门急诊费用手工（零星）报销办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

184.产前检查费支付办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

185.产前检查费支付办结时限是不超过（ ）个工作日。

**答案：**20

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

186.生育医疗费支付办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

187.生育医疗费支付办结时限是不超过（ ）个工作日。

**答案：**20

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

188.计划生育医疗费支付办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

189.计划生育医疗费支付办结时限是不超过（ ）个工作日。

**答案：**20

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

190.生育津贴支付办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

191.生育津贴支付办结时限是不超过（ ）个工作日。

**答案：**20

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

192.医疗机构申请定点协议管理办结时限是评估时间不超过（ ）个月。

**答案：**3

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

193.医疗机构申请定点协议管理办理时限日期类型是（ ）。

**答案：**自然日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

194.零售药店申请定点协议管理办结时限是不超过（ ）个月。

**答案：**3

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）

195.零售药店业务受理时，若申请材料内容不全的，医疗保障经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知零售药店补充。

**答案：**5

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

196.定点医疗机构信息变更申请材料内容不全的，医疗保障经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**5

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

197.定点零售药店信息变更申请材料内容不全的，医疗保障经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**5

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

198.医疗保障经办机构与定点医疗机构费用结算应当在（ ）个工作日内完成月度拨付。

**答案：**30

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

199.医疗保障经办机构与定点零售药店费用结算应当在（ ）个工作日内完成月度拨付。

**答案：**30

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

200.用人单位自用工之日起（ ）日内为其职工向医疗保障经办机构申请办理用人单位职工参保登记。

**答案：**30

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

201.用人单位的基本医疗保险登记事项发生变更，应当自变更或者终止之日起（ ）日内，到医疗保障经办机构申请办理单位参保信息变更登记。

**答案：**30

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

202.参保单位参保信息查询的办理时限是（ ）。

**答案：**即时办结

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

203.参保单位参保信息查询的受理材料是单位有效（ ）文件。

**答案：**证明

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

204.参保人员参保信息查询的日期类型是（ ）。

**答案：**工作日

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

205.参保人员参保信息查询的办理时限是（ ）。

**答案：**即时办结

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号

206.根据《国家税务总局财政部人力资源社会保障部中国人民银行国家医疗保障局关于印发<统一社会保险费征收模式实施方案>的通知》（税总社保发〔2022〕56号），2023年，全国（ ）省份完成用人单位及灵活就业人员 “统模式”任务。

**答案：**70%

**依据：**《国家税务总局财政部人力资源社会保障部中国人民银行国家医疗保障局关于印发<统一社会保险费征收模式实施方案>的通知》（税总社保发〔2022〕56号）

207.根据《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号），全省推进医保服务下沉，总体来说，将参保登记缴费、信息查询及变更、异地就医备案、（ ）等业务下放乡镇(街道)一级办理，鼓励有条件的统筹地区下放至村(社区)一级办理。

**答案：**零星(手工) 报销初审

**依据：**《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号）

208.根据《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号），全省推进医保服务下沉，鼓励将（ ）、新生儿参保等与就医过程紧密相关的事项下放至定点医疗机构办理。

**答案：**门诊慢特病种认定

**依据：**《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号）

209.根据《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号），全省推进医保服务下沉，鼓励将门诊慢特病种认定、（ ）等与就医过程紧密相关的事项下放至定点医疗机构办理。

**答案：**新生儿参保

**依据：**《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号）

210.根据《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的主要任务之一是让群众办事报销更加（ ）。

**答案：**简单便捷

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号）

211.根据《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的主要任务之一是让两定机构结算更加（ ）。

**答案：**公开透明

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号）

212.根据《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的主要任务之一让医保基金管理更加（ ）。

**答案：**合理规范

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案>的通知》（医保办函〔2022〕25号）

213.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，在注册地址正式经营至少（ ）个月的零售药店可以申请医疗保障定点。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

214.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构提出定点申请，对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起个（ ）工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**5

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

215.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构，自受理申请材料之日起，评估时间不超过（ ）个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

**答案：**3

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

216.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构签订医保协议的期限一般为（ ）个月。

**答案：**12

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

217.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存（ ）年，以备医疗保障部门核查。

**答案：**2

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

218.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店的名称等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起个（ ）工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。

**答案：**30

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

219.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点协议续签应由定点零售药店于医保协议期满前个（ ）月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

220.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过（ ）日。

**答案：**180

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

221.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前（ ）个月向经办机构提出申请。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

222.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构对定点医疗机构的评估不合格的，整改后可再次组织评估，评估仍不合格的，（ ）年内不得再次申请。

**答案：**1

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

223.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构至少有（ ）名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师，可以申请医保定点的医疗机构。

**答案：**1

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

224.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店提出定点申请，对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**5

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

225.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，因违法违规被解除医保协议未满 年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

226.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，因违法违规被解除医保协议已满 年但未完全履行行政处罚法律责任的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

227.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满（ ）年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**5

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

228.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未（ ）满年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

229.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当在定点医疗机构申报后（ ）个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**答案：**30

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

230.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，参保人员应当持本人（ ）凭证就医、购药，并主动出示接受查验。

**答案：** 有效身份（医疗保障 ）

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

231.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用（ ），提供费用结算单据和相关资料。

**答案：**直接结算

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

232.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满（ ）年的，不予受理定点申请。

**答案：**1

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

233.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因严重违反医保协议约定而被解除医保协议已满（ ）年但未完全履行违约责任的，不予受理定点申请。

**答案：**1

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

234.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构应当及时向（ ）公布签订服务协议的定点医疗机构名单。

**答案：**社会

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

235.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构应当及时向（ ） 公布签订服务协议的定点药店名单。

**答案：**社会

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

236.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订（ ）的定点零售药店名单。

**答案：**医保协议

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

237.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订（ ）的定点医疗机构名单名单。

**答案：**医保协议

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

238.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当接受医疗保障（ ）部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

**答案：**行政

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

239.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当配合医疗保障 （ ） 开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作。

**答案：**经办机构

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

240.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障部门进行监督检查时，被检查对象（ ）予以配合，如实提供相关资料和信息。

**答案：**应当

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

241.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，（ ）有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

**答案：**定点零售药店

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

242.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，（ ）有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

**答案：**定点医疗机构

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

243.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门（ ）处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**协调

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

244.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门（ ）处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：** 协调

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

245.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起（ ）。

**答案：**行政诉讼

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

246.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提 （ ）。

**答案：**行政诉讼

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

247.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、（ ），也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**督促整改

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

248.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、（ ），也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**督促整改

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

249.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点药店有权要求纠正或者提请医疗保障（ ）协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**行政部门

依据：《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

250.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障（ ）协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**行政部门

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

251.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满（ ）年的,不予受理定点申请。

**答案：**5

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

252.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，经办机构应遵守（ ）有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

**答案：**数据安全

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

253.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满（ ）年的，不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

254.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因违法违规被解除医保协议未满年（ ）的，不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

255.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因违法违规被解除医保协议已满（ ）年但未完全履行行政处罚法律责任的，不予受理定点申请。

**答案：**3

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

256.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定医保协议（ ）是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定。

**答案：**中止

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

257.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店被发现重大信息发生变更但未办理变更的，经办机构应（ ）医保协议。

**答案：**解除

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

258.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，经办机构应做好对定点医疗机构（ ）、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

**答案：** 医保政策

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

259.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、（ ）、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

**答案：**管理制度

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

260.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、（ ） 、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

**答案：**支付政策

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

261.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、（ ）的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

**答案：**操作流程

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

262.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照（ ）、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

**答案：**公平

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

263.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照公平、 （ ） 、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

**答案：**合理

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

264.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照公平、合理、（ ）和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

**答案：**诚实信用

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

265.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和（ ）的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

**答案：**质价相符

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

266.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定（ ）或不予拨付费用。

**答案：** 暂停

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

267.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店在（ ）位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

**答案：**显著或醒目

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

268.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店在显著位置悬挂（ ）的定点零售药店标识。

**答案：**统一格式

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

269.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定。医保协议（ ）是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

**答案：**解除

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

270.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令（ ）按照医保协议处理。

**答案：**经办机构

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

271.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为（ ）提供医疗服务的医疗机构。

**答案：**参保人员

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

272.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由（ ）医疗保障部门另行制定。

**答案：** 统筹地区

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

273.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点零售药店（ ）作为医保欠费处理。

**答案：**不得

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

274.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的（ ）政策 。

**答案：**药品价格

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

275.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子（ ）销售药品。

**答案：**外配处方

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

276.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或（ ）组织的宣传和培训。

**答案：**经办机构

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

277.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应按要求及时如实向统筹地区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，（ ）向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

**答案：**定期

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

278.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应按要求定期向（ ）上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

**答案：**经办机构

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

279.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当接受医疗保障 部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

**答案：**行政

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

280.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面（ ）向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

**答案：**准确

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

281.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出（ ）制度。

**答案：**集体决策

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

282.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当在定点零售药店申报后（ ）个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**答案：**30

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

283.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核，按医保协议约定（ ）向定点零售药店拨付医保费用。

**答案：**及时足额

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

284.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构对定点零售药店进行定期和不定期（ ），按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用。

**答案：**稽查审核

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

285.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构（ ）。

**答案：**不予支付

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

286.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，参保人员应凭本人参保有效（ ）在定点零售药店购药。不得出租（借）本人有效身份凭证给他人，不得套取医疗保障基金。

**答案：**身份凭证

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

287.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店（ ）选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

**答案：**自主

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

288.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过（ ） 日。

**答案：**180

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

289.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过（ ）日。

**答案：**180

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

290.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构在医保协议中止超过（ ） 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

**答案：**180

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

291.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构在医保协议中止超过（ ）日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

**答案：**180

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

292.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求（ ）医疗保障行政部门协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

**答案：**同级

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

293.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求（ ）医疗保障行政部门协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

**答案：**同级

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

294.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善 提出意见建议等权利。

**答案：**医保政策

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

295.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握（ ）指征。

**答案：** 出入院

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

296.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构按有关规定执行 政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。

**答案：**集中采购

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

297.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构对定点医疗机构的评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改（ ）个月后可再次组织评估。

**答案：**3

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第2号

298.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，（ ）必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。

**答案：**外配处方

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

299.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用（ ）、稽核检查、绩效考核等工作。

**答案：**审核

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

300.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、（ ）、绩效考核等工作。

**答案：**稽核检查

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

301.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效（ ）等工作。

**答案：** 考核

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

302.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存（ ）年，以备医疗保障部门核查。

**答案：**2

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》国家医疗保障局令第3号

303.《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG)付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（辽医保〔2021〕62号）规定，（ ）是制定DRG付费分组方案、测算支付标准、结算、审核、稽核等工作的基础。

**答案：**数据采集

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG)付费医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕23号）

304.《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)提出，2024年底全国实现所有（ ）全部开展DRG/DIP付费改革工作。

**答案：**统筹地区

**依据：**《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)

305.《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)提出，到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有有条件的，开展住院服务的（ ），基本实现病种医保基金全覆盖。

**答案：**医疗机构

**依据：**《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)

306.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）指出，DIP是深化医保支付方式改革的重要组成部分，是符合中国国情的一种原创付费方式。DIP以大数据为支撑，把点数法和（ ）预算相结合，引导医疗卫生资源合理配置，体现医务人员劳务价值，保障基本医疗需求，推进医保基金平稳高效运行。

**答案：**区域总额

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

307.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，医疗保障经办机构建立激励约束和风险分担机制，激励定点医疗机构建立健全与DIP相适应的内部管理机制，合理控制（ ），提高医疗服务质量，有序推进与定点医疗机构按病种分值付费方式结算。

**答案：**医疗费用

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

308.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，省级经办机构要切实落实指导和组织责任，指导统筹地区制定适合本统筹地区的DIP（ ）规程、扎实推进规程落实，并对经办运行情况进行培训指导 。

**答案：**经办管理

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

309.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，DIP业务的主要内容包括：完善协议管理 ，建立健全医保经办机构与定点医疗机构（ ）机制。

**答案：**协商谈判

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

310.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，DIP业务的主要内容包括：实施区域（ ）管理，合理制定DIP支付预算总额。

**答案：**总额预算

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

311.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确 DIP业务的主要内容包括：开展审核及月度（ ），也可按季度 结算。

**答案：**预结算

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

312《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确。协议内容包括 DIP数据报送、（ ）、申报结算、费用拨付及争议处理等内容。

**答案：**费用审核

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

313.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，统筹地区应加快全国统一的医保信息平台落地实施应用，加强数据治理，为DIP业务提供支撑，实现DIP业务所属的 数据采集 及质量管理、DIP病种分组及（ ）。

**答案：**分值赋值

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

314.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，定点医疗机构应当严格按照医疗保障基金结算清单及填写规范填报住院服务的诊疗信息、费用信息，并按规定及时、准确上传至（ ）系统 。医保结算清单填写要准确反映住院期间诊疗信息以及医疗收费明细，使用的疾病诊断编码应当为 统一的版本。

**答案：**医保信息、国家医保

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

315.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，统筹地区制定本地病种目录库，以国家预分组结果为基础，确定病种及（ ）等，形成本地DIP目录库。

**答案：**病种分值

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

316.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，病种的分值和点值计算方法，将区域内住院（ ）医疗费用 或基准病种的次均医疗费用作为基准，计算各病种的分值。

**答案：**平均

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

317.关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）明确，统筹地区建立特殊病例评议机制，对于（ ）明显高于平均水平、费用偏离度较大 、ICU住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请，积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保基金可予以支付。

**答案：**住院天数

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

318.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）提出，加强医保智能审核，运用均衡指数等大数据手段，开展运行监测。重点对（ ）、诊断与操作不符等情形进行审核，发现有异常的情形，按规定作相应处理。

**答案：**高套分值

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

319.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）提出，统筹地区建立医保质量保证金机制可将定点医疗机构申报的月度结算费用按一定比例扣除，作为当年度医保服务质量保证金，质量保证金额度与年度（ ）等情况挂钩。

**答案：**综合考核

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

320.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）提出，有条件的地区可定期开展病例评审，组织专家对实施DIP的偏差病例、特殊病例等按比例抽检。病例评审结果与（ ）挂钩。

**答案：**年度清算

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

321.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，对DIP进行事前、事中、事后全流程监测，依托信息化手段，开展日常稽核，调动线上与线下资源，推动（ ）与 稽核检查联动，提高管理效率。

**答案：**费用审核

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

322.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，充分利用大数据分析等技术手段，对医疗服务相关行为和（ ）进行监测分析，重点对结算清单质量和日常诊疗行为、 付费标准的合理性、参保人住院行为等开展监测。

**答案：**费用

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

323.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，对定点医疗机构年度履行协议、执行医保政策情况进行考核 ，为确定DIP年度（ ）支付金额、年度清算等提供依据。

**答案：**预清算

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

324.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，建立DIP专项考核评价，可纳入定点医疗机构协议考核，采用日常考核与（ ）相结合的方式，协议考核指标应包括DIP运行相关指标。

**答案：**现场考核

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

325.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，考核指标要与定点医疗机构（ ）相结合 ，确定各项指标的考核方式、评分主体、评分标准，确保指标评价的客观性及可操作性。

**答案：**绩效考核

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

326.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，应当与定点医疗机构建立集体协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商，组织专家或委托第三方机构开展（ ）、分值 动态调整等工作，推动形成共建共治共享的医保治理新格局。

**答案：**病种目录

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

327.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，协商谈判要充分考虑各类定点医疗机构的（ ）和发展，各级别、各类型定点医疗机构都可派代表参加协商谈判。

**答案：**利益

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）

328.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）要求，加强组织管理，建立（ ）相关工作机制。提出协商方案，接受定点医疗机构的意见，通过充分的讨论和磋商，达成统一意见。

**答案：** 协商谈判

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）